

施設受付印	市受付印

疾病・障害がい状況申立書

令和 年 月 日

下野市長 様

次のとおり、疾病・障がいにあたっている状況について申し立てます。

保護者 (申請者)	フリガナ		児童 との続柄	連絡先	父	-	-
	氏名				母	-	-
					()	-	-
申請に係る 子ども	フリガナ		生年月日			年齢	性別
	氏名		平成 令和	年	月	日	歳児
住所		(〒 -) 下野市					
利用・申込状況		☐ 利用中 ☐ 入園申込中	利用 (申込) 施設名				
疾病・障がい のある方	フリガナ		児童 との続柄	住所	(〒 -)		
	氏名						
疾病の状況 ※診断書を添付		☐ 入院 (おおむね1ヶ月以上) ☐ 自宅療養 ☐ 通院 1週あたり 日 1ヶ月あたり 日 病院名 () 付き添い (有・無) 付添有の場合：所要時間 (時間 分)					
障がいの場合 ※手帳等の写しを添付		身体障害者手帳 級 (内容)					
		精神障害者保健福祉手帳 級 (内容)					
		療育手帳 A 1・2 B 1・2					
疾病・障がい期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (予定)					